

University of Groningen

Taakonzekerheid en budgettering in ziekenhuizen

Crom, Ben

Published in:
Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2007

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Crom, B. (2007). Taakonzekerheid en budgettering in ziekenhuizen. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 81(3), 77-85.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Taakonzekerheid en budgettering in ziekenhuizen

Ben Crom

SAMENVATTING Een onderzoek naar de invloed van technologie (de mate van taakonzekerheid) van medisch specialisten op interne budgetteringssystemen binnen een universitair medisch centrum (UMC) maakt duidelijk dat taakonzekerheid geen invloed heeft op die systemen. Wel zal die invloed kunnen ontstaan met de invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), dankzij betere informatievoorziening over activiteiten en kosten. Ook zal taakzekerder handelen vanuit financiële overwegingen meer noodzakelijk worden, waarmee het causale verband tussen taakonzekerheid en budgetteringssystemen anders blijkt te kunnen liggen dan de theorie veronderstelt. Een belangrijk resultaat van het uitgevoerde onderzoek is dat taakonzekerheid niet zonder meer een natuurlijk gegeven is dat inherent is verbonden met de aard van de activiteiten; taakonzekerheid blijkt in zekere zin onderhevig te zijn aan allerlei subjectieve invloeden. Naar aanleiding van het uitgevoerde empirisch onderzoek (een gevalstudie bij een UMC) worden in dit artikel gangbare theoretische opvattingen betreffende taakonzekerheid ter discussie gesteld.

1 Inleiding

Welke invloed heeft technologie op de toepassing van externe budgetparameters in de interne budgettering van universitair medische centra¹ (UMC's)? Een

Dr. B. Crom is als universitair docent werkzaam bij de faculteit Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Hij promoveerde 1 september 2005 op een studie naar interne budgettering binnen universitaire medische centra. Zijn dank gaat uit naar de anonieme reviewers voor hun commentaren die bij hebben gedragen aan de totstandkoming van het voorliggende artikel.

studie (Crom, 2005) naar deze vraag heeft niet alleen een concreet antwoord, maar tevens enkele aanvullende theoretische reflecties op het concept taakonzekerheid opgeleverd. Beide resultaten zullen in dit artikel worden gepresenteerd.

Het belang van bovengenoemde vraag wordt bepaald door diverse ontwikkelingen in de bekostiging van UMC's en algemene ziekenhuizen, de zogenaamde externe budgettering. Externe budgetparameters zijn parameters die de hoogte van het totale ziekenhuisbudget bepalen. In het bekostigingsstelsel van de functiegerichte budgettering (FB) zoals dat de afgelopen jaren van kracht is geweest (en voor een belangrijk deel nog is) worden deze parameters vastgesteld door de overheid. Ze bestaan voor wat betreft het (variabele) productiegebonden deel van het zorgbudget uit opnamen, verpleegdagen, dagverplegingen, eerste polikliniekbezoeken en specifieke verrichtingen voor de reguliere (routinematige) zorg, alsmede uit zogenaamde topklinische (hooggespecialiseerde) verrichtingen². De mate waarin deze parameters (volume en prijs) een rol spelen bij het bepalen van de hoogte van interne budgetten op verschillende organisatieniveaus (divisies, afdelingen) is in het onderzoek aangeduid als de mate van *koppeling* (tussen het externe en interne budget). De invoering van marktwerking en van DBC's als het vehikel om dat mogelijk te maken, bevestigt de behoefte van de overheid om ziekenhuizen sterker te budgetteren op basis van output. Een DBC is het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert (CTG, 2004). Ze omvat alle activiteiten, van het eerste consult of onderzoek tot en met de laatste (poliklinische) controle, van zowel medisch specialist als het ziekenhuispersoneel, van zowel diagnostische als behandelactiviteiten. DBC's hebben als nieuwe producttyperingen van de ziekenhuiszorg vanaf 1 januari 2005 via een stapsgewijze invoering meer

invloed op het externe budget: ze zullen de hiervoor genoemde FB-parameters gaan vervangen. Vanuit het oogpunt van sturing en beheersing (management control) roept die invoering de vraag op wat voor invloed DBC's zouden moeten hebben op de toegepaste interne budgetteringssystemen binnen UMC's en of de technologie van medisch specialismen zich leent voor de toepassing van een sterke mate van koppeling via rekenkundige systemen. Een rekenkundig budgetteringssysteem definieer ik in dit verband als een systeem waarbij een budget van een medisch specialisme wordt bepaald door een hoeveelheid middelen rekenkundig aan producten of activiteiten te koppelen. Anders gezegd: het is een budgetteringssysteem waarbij de P een vergoeding (tarief) per eenheid product of activiteit is en de hoogte van het budget (of een budgetmutatie) rekenkundig wordt bepaald op basis van $P \cdot Q$, waarbij Q een aantal producten of activiteiten voorstelt.

In deze bijdrage zal eerst een korte schets worden gegeven van het concept taakonzekerheid dat als theoretisch vertrekpunt heeft gediend voor de bestudering van bovengenoemde onderzoeksvraag (paragraaf 2). In het verlengde hiervan zal kort de methodologische aanpak van het onderzoek worden verantwoord (paragraaf 3). Daarna vindt een presentatie van de onderzoeksresultaten plaats, beginnend met de vaststelling van de geconstateerde mate van taakonzekerheid van medisch specialismen (paragraaf 4) en gevolgd door een bespiegeling op de rol ervan bij de bepaling van interne budgetteringssystemen, dus de mate van koppeling (paragraaf 5). Uitgebreid wordt vervolgens stilgestaan bij nadere theorievorming op grond van de bevindingen die het onderzoek heeft opgeleverd (paragraaf 6). De samenhang tussen DBC's, taakonzekerheid en interne budgetteringssystemen wordt in paragraaf 7 gepresenteerd, waarna deze publicatie wordt afgesloten met enkele concluderende opmerkingen.

2 Taakonzekerheid en haar invloed op budgetteringssystemen

Voor het bepalen van de invloed van technologie op interne budgetteringssystemen is de contingentietheorie als vertrekpunt genomen. Het ontwerp van een management control-systeem wordt volgens de contingentietheorie beïnvloed door specifieke karakteristieken van de organisatie en haar omgeving (Otley, 1980; 1995). Er is geen universeel systeem voor alle organisaties, want afhankelijk van de context zal een bepaald systeem meer of minder succesvol

zijn om de organisatiedoelstellingen te realiseren. De belangrijkste factoren die volgens de contingentietheorie invloed hebben zijn organisatiestructuur, organisatieomvang (grootte), omgeving, strategie en technologie. Chenhall (2003) onderstreept in zijn uitgebreide beschouwing over deze theorie het belang van onzekerheid bij de vormgeving van een management control-systeem en in het bijzonder van zogenaamde taakonzekerheid. Dat concept wordt geoperationaliseerd aan de hand van twee dimensies (Abernethy en Brownell, 1997, in navolging van Perrow, 1970):

- 1 Aantal uitzonderingen in taken, ook wel genoemd als de mate waarin taken variëren. Onderscheidend kenmerk is of veel gelijksoortige of juist verschillende (mogelijk nieuwe) taken worden uitgevoerd. Het gaat er dus om in hoeverre activiteiten een repetitief karakter hebben.
- 2 Analyseerbaarheid. Ging het bij het vorige punt om het aantal uitzonderingen c.q. de gelijksoortigheid van taken, een ander punt is of er ook inzicht bestaat in de relatie tussen de activiteiten waaruit een taak bestaat en de producten die de resultante vormen van uitgevoerde taken. Dit wordt in de literatuur aangeduid als analyseerbaarheid. Bepalend is of er gevestigde technologie bestaat om taken uit te voeren, i.c. dat men weet wat men moet doen om het eindresultaat te bereiken. Als dat zo is, dan kan dat proces in manuals en dergelijke worden vastgelegd in de vorm van programmeerbare stappen, leidend tot het gewenste eindresultaat.

Deze beide dimensies bepalen of een taak kan worden teruggebracht tot een *set of rules* (Perrow, 1970). Deze mate van routine (of liever gezegd, het gebrek daaraan) wordt aangeduid als de mate van taakonzekerheid. Naarmate het aantal uitzonderingen in taken geringer is en de analyseerbaarheid ervan hoger is, neemt de mate van taakonzekerheid af. Daarmee ontstaan condities om budgetteringssystemen zoals outputbudgettering³ met behulp van productieparameters toe te passen bij de budgettering van afdelingen (medisch specialismen) door divisies. Dit heb ik hiervoor aangeduid als *koppeling*. Evenzo kan worden verwacht dat de mate van koppeling laag zal zijn bij een hoge mate van taakonzekerheid.

Als aan de condities voor outputbudgettering voldaan kan worden, heeft deze wijze van budgetteren veel voordelen. Zoals Groot en Van Helden (2003, p.124) stellen, worden outputs gevraagd door de afnemers van de dienstverlening, waardoor deze vorm van budgettering bij kan dragen aan een meer klantgerichte opstelling. Outputbudgettering maakt sturing door het hogere management relatief eenvoudig en

doorzichtig, omdat de sturing kan worden beperkt tot het vaststellen van de te leveren producten, het volume ervan en de prijs. Beheersing van de bedrijfsvoering vindt plaats vooraf aan de uitvoering door afspraken te maken over standaard(kost)prijzen en volume en de realisatie daarmee te vergelijken.

Bij het wel of niet toepassen van koppeling is vrij naar Hofstede (1981, p.206 en verder) aandacht besteed aan het optreden van twee typen 'fouten' die kunnen voorkomen bij interne budgettering in not-for-profit organisaties:

- I er wordt niet een rekenkundig budgetteringssysteem (P maal Q , met bijvoorbeeld externe budgetparameters als Q) toegepast in een situatie die zich er wel voor leent en,
 - II er wordt een rekenkundig budgetteringssysteem toegepast in een situatie die zich er niet voor leent.
- Het identificeren van dergelijke fouten kan het management op het spoor zetten de interne budgettering binnen hun organisatie te verbeteren. In het vervolg van dit artikel zal ik rekenkundige systemen, outputbudgettering en koppeling als synoniemen gebruiken. Strikt gesproken is outputbudgettering een vorm van een rekenkundig systeem, met output als de Q -factor. Aangezien in deze studie deze Q -factor een externe budgetparameter is, wordt daarmee tevens een koppeling tussen het externe en interne budget gelegd.

3 Onderzoeksopzet

Het vaststellen van de invloed van taakonzekerheid, alsook die van andere factoren (die overigens buiten het bestek van dit artikel vallen) op het interne budgetteringssysteem binnen een specifieke organisatiecontext, is een complexe zaak. De besluitvorming hoe tot bepaalde keuzes is gekomen en welke functionarissen, overwegingen en invloeden daarbij een rol hebben gespeeld, moet worden geanalyseerd. Diverse concepten uit de theorie worden daarbij op hun relevantie beoordeeld, terwijl ook nadrukkelijk plaats is ingeruimd voor het ontdekken van nieuwe variabelen en verbanden. De meest geëigende methode om dit type onderzoek te verrichten is veldonderzoek (Scapens, 1990; Yin, 2003). Met het bezoeken van organisatieonderdelen wordt ter plaatse informatie van direct betrokkenen verkregen. Bovendien laat deze methode onderzoekstechnieken toe waarmee veel kwalitatieve data die een rijke bron van informatie zijn, kunnen worden verzameld. De invloed van taakonzekerheid is met name aan bod gekomen in een zogenaamde gevalstudie bij één ziekenhuis. Aangezien die invloed met name geïdentificeerd kan

worden op specialisameniveau is het accent gelegd op de budgettering van medisch specialistische afdelingen door divisies. Geselecteerd is een ziekenhuis dat bij de budgettering van divisies door de Raad van Bestuur (RvB) een sterke mate van koppeling toepast, teneinde koppeling bij de budgettering van afdelingen door divisies als relevante budgetteringswijze mogelijk te maken. Die koppeling houdt in dat jaarlijkse mutaties op het budget worden bepaald door middel van outputbudgettering. Die zijn berekend op basis van volumemutaties in de reguliere productieparameters en de topklinische verrichtingen, vermenigvuldigd met de externe tarieven als prijsbasis voor de budgetmutaties. Binnen dat ziekenhuis zijn twee divisies in beschouwing genomen die hun afdelingen op een sterk verschillende wijze budgetteren: de één (divisie A) past net als de RvB dezelfde wijze van koppeling toe (outputbudgettering), terwijl de ander (divisie B) dat juist niet doet. Bij die divisie worden budgetmutaties benaderd op basis van mutaties in activiteiten en een inschatting van de daarvoor benodigde meer of minder productiemiddelen (inputbudgettering). Budgetmutaties worden bij divisie B dus bepaald door de daadwerkelijke meer- of minderkosten, niet door de meer- of minderopbrengsten zoals bij divisie A.

Binnen elke divisie zijn twee afdelingen geselecteerd die zich naar verwachting van elkaar onderscheiden wat betreft de aard van hun productie. Sommige specialisten hebben namelijk een meer snijdend (operatief) karakter, terwijl bij andere veel sterker het accent ligt op beschouwende aspecten. Op basis van indicaties van het bestuur van elke divisie heeft dat voor divisie A geleid tot een keuze voor het specialisme oogheelkunde (snijdend) en neurologie (beschouwend), voor divisie B tot een keuze voor het specialisme orthopedie (snijdend) en cardiologie (beschouwend). Om in een later stadium een oordeel over de mate van taakonzekerheid te kunnen vellen, is gebruik gemaakt van diverse brondocumenten en zijn interviews gehouden met voorzitters van divisies, managers bedrijfsvoering, zorgmanagers (allen deel uitmakend van het bestuur van een divisie) en afdelingshoofden (medische professionals, i.c. hoogleraren).

Het onderzoek heeft zich toegespitst op dat deel van het ziekenhuisbudget dat betrekking heeft op de kerntaak zorg. Aangezien DBC's bij de aanvang van het onderzoek betrekking hebben op de toekomstige bekostiging van de zorg, heeft het onderzoek zich wat betreft de mate van koppeling vooral toegespitst op de vigerende FB-parameters en zich wat betreft DBC's beperkt tot de inventarisatie van voornemens, verwachtingen en eerste ervaringen.

4 Taakonzekerheid in ziekenhuizen

Uit het onderzoek blijkt, dat onderscheid dient te worden gemaakt tussen de mate van taakonzekerheid samenhangend met de aard van de taken in een ziekenhuis en de mate waarin die taakonzekerheid zich vervolgens vertaalt in het expliciteren van bijvoorbeeld de definitie van zogenaamde zorgpaden (productiefuncties). Dat zijn protocollen waarin beschreven staat welke activiteiten door wie moeten worden ondernomen om bepaalde zorg te verlenen. Potentieel is namelijk voor een groot deel van de zorg aan te geven welke handelingen moeten worden uitgevoerd en hoe deze samenhangen met andere activiteiten. Een zorgmanager met veel expertise op dit terrein geeft aan: *“Ik heb me sterk verdiept in de zorgpaden. (...) Zo heb ik me ook laten informeren door het CBO (het kwaliteitsinstituut Centraal BegeleidingsOrgaan, BC) dat 70% tot 80% van de zorg voorspelbare zorg is en dat geloof ik ook.”* Dat geldt niet alleen voor een algemeen ziekenhuis, maar ook voor een UMC: *“Er zijn heel veel overeenkomsten. Laten we zeggen dat hier 70% is te protocolleren en ja, er wordt al een heleboel gedaan en nee, er valt nog veel meer te doen. Dat geldt zowel voor het diagnosetraject als het behandeltraject. (...) Je kunt heel veel meer bij acutere vormen en bij aardig complexe zaken (...) Ook wat meer complexere zorg kun je standaardiseren.”* Hij geeft ook het verschil tussen potentiële mogelijkheden en de feitelijke situatie aan: *“Dat doe je niet eventjes van vandaag op morgen, want dat veronderstelt evidence based medicine, praktijkgerichtheid en consensus over een pad. Multidisciplinair, meestal.”* Het citaat aan het slot van paragraaf zeven bevestigt dit beeld.

Is in zijn algemeenheid veel zorg in zorgpaden onder te brengen, de aard van het specialisme heeft wel invloed op de mogelijkheden tot standaardisatie, zoals de eerder geciteerde zorgmanager stelt: *“Over het algemeen denk ik dat bij de snijdende specialismen er héél veel te standaardiseren is. En in de niet snijdende specialismen zou het percentage wat anders komen te liggen.(...) Bij de snijdende specialismen is ook vaak de diagnose al duidelijk (vanwege de aard van de klacht, zoals een botbreuk of doordat een ander specialisme reeds de diagnose heeft gesteld en de patiënt voor een specifieke ingreep bij de chirurg aanbiedt, BC) en moet er gesneden worden. (...) Als je bij de interne geneeskunde en de neurologie komt, het heten niet voor niks beschouwende vakken, die denken nog eens, die peinzen nog eens, die praten nog eens, die denken nog eens, die peinzen nog eens en die praten*

nog eens en dan komen ze tot een diagnose. Ik chargeer. Dat is toch meer eigen aan dit soort specialismen omdat je uit een brei moet komen tot een diagnose.” Het hoofd van de afdeling neurologie bevestigt dit beeld: *“Wij kunnen soms ontzettend aan het zoeken zijn, dat klopt. Een deel van onze patiënten komt zonder diagnose binnen en dan zijn we een hele tijd bezig voordat er een diagnose aan vast zit.”* Ook een analyse van de overgangsorganisatie DBC-Zorg en een geselecteerde groep ziekenhuizen laat zien dat de kostenhomogeniteit van DBC's waar een ingreep/operatie op van toepassing is, veel hoger is dan die van beschouwende vakken (KPMG, 2004, p. 9 en 10). Desalniettemin blijken ook hier veel mogelijkheden te zijn tot standaardiseren. Als ik het afdelingshoofd van de neurologie vraag of 70 à 80 % van de neurologische zorg in klinische paden te vatten zou zijn, antwoordt hij: *“Ja, dat denk ik wel.”*

Deze indicaties doen vermoeden dat een groot deel van de academische zorg is te protocolleren en te standaardiseren. Dat geldt zowel voor snijdende als beschouwende vakken, zij het iets sterker voor de eerstgenoemde categorie. Verder blijkt uit specifieke rapportages verstrekt door de medische administratie van het ziekenhuis van de gevalstudie, alsmede uit overzichten verstrekt voor het project DBC2003, dat voor alle specialismen de bulk van het werk zich toespitst op een tiental veelvoorkomende diagnoses en behandelingen. Met de kanttekening dat het concept taakonzekerheid lastig te meten is, ontstaat de indruk dat de mate van taakonzekerheid bij oogheelkunde, cardiologie en orthopedie laag is, terwijl voor neurologie een eenduidig beeld over de mate van taakonzekerheid ontbreekt⁴.

5 De invloed van taakonzekerheid op budgetteringssystemen

Uit het onderzoek blijkt dat taakonzekerheid niet van invloed is op het interne budgetteringssysteem binnen UMC's en de in beschouwing genomen divisies van het ziekenhuis van de gevalstudie. De veronderstelling dat de mate van koppeling laag zal zijn bij een hoge mate van taakonzekerheid, terwijl een hoge mate van koppeling zal plaatsvinden bij weinig taakonzekerheid, blijkt niet op te gaan. Reeds is geconstateerd dat het bestuur van divisie A bij de budgettering van al haar afdelingen hetzelfde systeem toepast. Evenzo budgetteert divisie B al haar afdelingen op gelijke wijze (maar dus wel afwijkend van het systeem van divisie A). Op grond van de naar voren gebrachte argumenten waarom wel of geen koppeling wordt toegepast, blijkt taakonzekerheid geen enkele rol te

spelen. De keuze voor een bepaald budgetteringssysteem blijkt onder andere te zijn ingegeven door de financiële positie van divisies en de besturingsfilosofie van het divisiebestuur. Naarmate de financiële risico's waaraan een divisie blootstaat groter zijn en de mogelijkheden ontbreken daarop te anticiperen (bijvoorbeeld met een omvangrijke reservepositie), neemt de behoefte aan koppeling toe. Risico's in termen van meer- of minderopbrengsten als gevolg van veranderingen in hun productie worden zo binnen divisie A gedistribueerd naar de afdelingen. Verder speelt de visie van het divisiebestuur een grote rol bij de vraag wie waarvoor verantwoordelijk moet worden gesteld en welke wijze van sturing (on)wenselijk is. Door middel van koppeling is het voor het bestuur van divisie A mogelijk afdelingshoofden integraal verantwoordelijk te maken voor hun financiën en hun zorgproductie.

Het bestuur van divisie B wil juist vermijden dat afdelingshoofden zich in hun keuzes laten leiden door financiële prikkels die van koppeling uitgaan. Zij kan zich een dergelijke opstelling veroorloven doordat zij financieel interessante productie kan opvoeren indien de exploitatie dat vereist. Dergelijke en andere factoren, die vaak onderlinge een complexe samenhang vertonen, bepalen de keuze om wel of geen koppeling toe te passen (Crom, 2005).

Een aandachtspunt binnen het onderzoek is in hoeverre budgetteringssystemen worden toegepast in situaties die zich er voor lenen. Taakzekere specialismen lenen zich volgens de theorie voor rekenkundige budgetteringssystemen. Weliswaar zou op grond daarvan kunnen worden geconcludeerd dat er bij divisie B sprake is van een fout van het type I (= een rekenkundig budgetteringssysteem wordt niet toegepast op de afdelingen cardiologie en orthopedie in een situatie die zich er wel voor leent), de situatie wordt ook gekenmerkt door een gebrek aan informatie: kosten worden niet per zorgproduct geregi-

streerd. De toepassing van een rekenkundig systeem wordt daardoor belemmerd. Bij divisie A wordt bij de budgettering van oogheelkunde en neurologie wel een rekenkundig systeem, namelijk koppeling, toegepast. Echter de vergoedingen in het externe budget worden als prijsbasis gehanteerd en niet gestandaardiseerde kostprijzen van output of activiteiten. De vergoedingen in het externe budget zijn niet discriminerend ten aanzien van verschillen in zorgproductie binnen een afdeling: voor elke opname geldt dezelfde vergoeding, net als voor de andere reguliere productieparameters. Het ontbreken van inzicht in integrale kosten staat toepassing van prijzen die daarop gebaseerd zijn in het interne budgetteringssysteem in de weg. In deze situatie zou kunnen worden gesproken van de 'fout' dat een verkeerd rekenkundig systeem wordt toegepast bij oogheelkunde. Voor neurologie wordt een rekenkundig budgetteringssysteem toegepast waarvan om dezelfde redenen kan worden geconcludeerd dat het niet het juiste rekenkundige systeem is. Daarnaast is het gezien het diffuse beeld ten aanzien van de mate van taakonzekerheid nog de vraag of een rekenkundig systeem voor deze afdeling de meest wenselijke keuze is.

In onderstaande tabel zijn de onderzoeksresultaten samengevat.

6 Reflecties op het concept taakonzekerheid

Voorgaande verkenning van het concept taakonzekerheid in het ziekenhuis van de gevalstudie heeft geleid tot een aantal kritische kanttekeningen, met name ten aanzien van gangbare theoretische veronderstellingen.

Reeds is in het voorgaande geduid op het kunnen bestaan van een groot verschil tussen de mate van taakonzekerheid samenhangend met de aard van de taken (die dus over het algemeen laag is) en de mate

Tabel 1

Divisie	Specialisme	Kenmerk	Budgettering - verwacht	Budgettering - feitelijk	Type fout (*)
A	Oogheelkunde	Taakzeker	Output	Output	geen I of II, maar verkeerde (prijzen van) output
A	Neurologie	(*)	(*)	Output	(*)
B	Orthopedie	Taakzeker	Output	Input	Type I
B	Cardiologie	Taakzeker	Output	Input	Type I

(*): geen eenduidige conclusie te trekken

(**): zie voor een omschrijving van type I en II fouten het slot van paragraaf 2

waarin zich dat vervolgens vertaalt in het expliciteren van activiteiten en de samenhang ertussen. Gewezen is op de inspanningen die nog moeten worden verricht ten aanzien van het definiëren van zorgpaden (productiefuncties). De kwaliteit van de informatievoorziening binnen het ziekenhuis (voorwaarden op het gebied van ICT) speelt verder ook een rol. Op het moment dat én de ICT-systemen niet beschikbaar zijn én de relaties tussen verrichtingen en zorgproducten niet adequaat zijn aangegeven, is er weinig inzicht in productiefuncties. Bovendien is tot voor kort ook geen relatie gelegd met de kosten van die verrichtingen en zorgproducten. Bedacht dient te worden dat deze informatiebehoefte nooit erg urgent is geweest. Het primaat ligt in zorginstellingen bij de zorgverlening, niet bij investeringen in financiële informatiesystemen. Het is daarom niet verwonderlijk dat ziekenhuizen dergelijke investeringen pas hebben opgepakt nadat de politiek zich nadrukkelijk conformeerde aan de DBC-systematiek, ziekenhuizen daarin faciliteerde en hun voortbestaan sterker afhankelijk is geworden van informatie over kostprijzen.

Sterk in beweging zijnde technologie blijkt eerder tot minder taakonzekerheid te leiden dan dat ze die versterkt, in tegenstelling tot wat de theorie veronderstelt. Dat heeft in de eerste plaats te maken met aanscherping van en bezinning op protocollen. Zoals een afdelingshoofd stelt: *“Klinisch gebonden onderzoek is ongelooflijk strak protocollair. Veel strakker dan een gewone behandeling.”* Met name de analyseerbaarheid van taken wordt hierdoor vergroot. Overigens heeft opleiding eenzelfde effect: artsen kunnen niet adequaat worden opgeleid indien er geen goede protocollen aanwezig zijn. In de tweede plaats leidt technologische vernieuwing in bepaalde situaties tot een vereenvoudiging van medische ingrepen en een verkleinde kans op complicaties, zoals een manager bedrijfsvoering schetst ten aanzien van een ingreep op het gebied van de cardiologie / thoraxchirurgie: *“Dat was allemaal chirurgisch gebied vroeger. Dat gebied wordt kleiner. (...) Het is prachtig dat dit zich zo ontwikkelt met minimaal invasief ingrijpen. Het is natuurlijk veel beter een klein gaatje te maken dan een hele borstkas open te leggen.”* Ingerepen kunnen zo vereenvoudigen en de score op de dimensie aantal uitzonderingen van taakonzekerheid wordt geringer als gevolg van minder complicaties.

Verder blijkt taakonzekerheid niet alleen door objectieve, maar ook door subjectieve factoren te worden bepaald. Dwingen opleiding en onderzoek het gebruik van protocollen af, de vraag is of artsen zich

veel gelegen laten liggen aan het toepassen ervan bij zorgverlening die niet heel sterk is verbonden met onderzoeks- en opleidingsprogramma's. De eerder genoemde zorgmanager geeft aan dat een dergelijke houding ook van persoonsgebonden factoren afhangt. Zo is bijvoorbeeld de aansturing door het afdelingshoofd van belang bij het volgen van protocollen: *“Ik denk dat de aansturing bij specialisme A veel stringenter is. Misschien staat nog niet alles op papier, maar afdelingshoofd A stuurt enorm. ‘Dat is het pad dat we bewandelen.’ En binnen specialisme B zijn verschillende medisch specialisten toch wat meer zelfstandig. Dan is het wat lastiger die consensus te hebben met elkaar en te houden, want dat is het met name ook. Je kunt wel iets afspreken, maar houdt men zich er ook aan?”* Taakonzekerheid wordt dus ook sterk beïnvloed door de aansturing. Als vrijheid in handelen wordt toegepast, is er grotere kans op taakonzekerheid.

Andere subjectieve factoren zijn de definiëring van protocollen (waarop in de volgende paragraaf nader zal worden ingegaan) en de mate waarin medische professionals (maar ook andere medische beroepsgroepen) die protocollen als een aantasting van hun autonomie ervaren. Zoals de zorgmanager schetst die zich sterk met protocollering bezighoudt: *“Het grappige is dat als je kijkt naar kenmerken van professionalisering, de autonomie natuurlijk heel hoog scoort. Hoe meer een beroepsgroep zich gaat professionaliseren, des te minder de neiging lijkt te gaan bestaan, dat is bijna een overtuiging van me geworden, om zich te willen verbinden aan protocollen. Dat tast hun autonomie aan. ‘Ja, nee, ik heb daar zelf ook een eigen mening over’. Dus het af willen wijken van protocollen wordt sterker naarmate een beroepsgroep professioneler wordt. (...) Ik heb jarenlang gewerkt bij specialisme A. Dat was een groep die zich steeds meer ontwikkelde, professionaliseerde, autonomer werd. Zelfstandiger kon werken, in die zin. Des te moeilijker werd het bepaalde inhoudelijke procesgerichte regels met elkaar te hanteren. Ik heb er een keertje een themabijeenkomst over gehouden. (...) Het gaat er om dat je weet wanneer je moet afwijken en dan beargumenteerd moet afwijken. Maar het voelt toch heel erg gauw als ‘ja, dan wordt het zo saai en ik kan toch zelf ook wel nadenken en de prikkel gaat er dan vanaf en ik vind dan eigenlijk van zus en van zo.’”* De zorgmanager wijst ook op de reactie van een arts van een andere medisch specialisme bij een voorlichtingssessie over zorgpaden: *“Dat werd ook gezegd: ‘ja, het moet natuurlijk geen spoorboekjesgeneeskunde worden.’ Dat is een soort angst bij ze: we hebben er voor gestudeerd, we weten het en als we alleen nog maar van A tot Z moeten gaan, ja. (...) Rationeel ja, ‘maar ja, ik ben de arts, ik bepaal het*

beleid.' Nee, het beleid staat dan op papier. (...) 'Wat is dan mijn professionele inbreng?' Daar moeten mensen anders in leren denken, want je kan dat werk alleen maar doen als je zo professioneel bent, omdat je dan weet wanneer je dat pad moet blijven volgen en wanneer niet meer, want anders ga je fouten maken als je alleen maar dat spoorboekje volgt.' Hij vult aan dat dat ook voor andere beroepsgroepen geldt en voegt er aan toe: *"Hoe meer professioneler ze worden, hoe meer de neiging bestaat af te wijken van wat common sense is."* Deze reactie is opvallend, zeker voor academici. Want professioneel werken wil per definitie zeggen dat men zich conformeert aan standaards die op basis van eerder onderzoek en de meningen van ervaren deskundigen zijn gevestigd. Psychologische factoren blijken die houding te frustreren, zoals het willen geven van een eigen invulling aan het werk en daar variatie in aan willen brengen. Men wil eigen creativiteit kwijt kunnen en een persoonlijk stempel drukken op het werk. Dat het professionele vaardigheden vereist om volgens protocollen te kunnen werken en er op goede gronden vanaf te wijken, blijkt niet voldoende te leiden tot het gewenste gevoel van professionele eigenwaarde. De conclusie zou kunnen luiden dat voor medisch specialisten vooral persoonlijke autonomie de ultieme uiting is van professionele autonomie. En dat versterkt de mate van taakonzekerheid.

De bereidheid tot het geven van inzicht in zorgprocessen en mee te werken aan protocollering kan tevens laag zijn als artsen het vermoeden hebben dat de informatie die ze verstrekken tegen hen gebruikt zal worden, bijvoorbeeld door managers ten behoeve van het realiseren van bezuinigingen. De mate van taakonzekerheid is dan hoog, zonder dat het een gevolg hoeft te zijn van de aard van de productietechnologie. Daar staat tegenover dat andere artsen transparantie toejuichen vanuit het oogpunt dat daarmee input wordt geleverd voor zorginhoudelijke discussies die kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering. Een ander motief is de hoop dat het zichtbaar maken van hun prestaties leidt tot (meer) loon naar werken.

Een andere subjectieve factor die de taakonzekerheid bepaalt is de mate waarin een ziekenhuis c.q. medisch specialisten doen waar ze ervaren en bedreven in zijn. Naarmate volumes van bepaalde behandelingen toenemen en ook specifiek aanbod specifieke vraag oproept, ontstaat normering van de wijze van behandeling. Dat verlaagt zowel de mate van taakonzekerheid van het patiëntenaanbod (het aantal verschillende zorgproducten dat het specialisme levert, versmalt), als van specifieke zorgproducten (grote volumes leiden tot normering op grond van ervaring). Er ligt

hier dus een sterke relatie met de in paragraaf 2 genoemde contingente factoren strategie (voor zover die als afzonderlijke contingente factor is aan te merken; Otley, 1995) en omgeving.

Tenslotte blijkt het causale verband tussen taakonzekerheid en interne budgettering niet in één richting te lopen. Is de aanname in het theoretisch raamwerk dat taakonzekerheid (on)mogelijkheden creëert voor bepaalde vormen van interne budgettering, zo blijkt in het onderzoek dat interne budgettering ook invloed kan hebben op de mate van taakonzekerheid. Ik kom hierbij terug op het eerder genoemde subjectieve element van sturing. Het afdelingshoofd dat sterk stuurt op protocollen wordt gebudgetteerd via koppeling in divisie A. Zijn specialisme beschikt over lage vergoedingen en krappe historische budgetten. Noodgedwongen heeft hij de processen binnen zijn afdeling zeer efficiënt georganiseerd. De verordening van het gebruik van protocollen c.q. het naleven van bepaalde behandelingswijzen past in dat beeld, doordat het weinig ruimte laat voor 'persoonlijke smaken' die geld kosten. Zoals het afdelingshoofd zelf ook stelt als het gaat om de wijze van zorgverlening: *"Ik leg ze (zijn collega medisch specialisten, BC) uit: jongens, het moet financieel echt zo die kant uit en anders kan het niet."* Ook een ander afdelingshoofd dat via koppeling invloed op zijn budgetten ervaart, legt een relatie tussen protocollering en beschikbare middelen: *"Ons arsenaal is uitgebreid. We kunnen veel meer aan diagnostiek doen. Diagnostiek is duur. Je moet je dus af gaan vragen: heeft het zin om bij die en die klacht of die en die aandoening X of Y te doen, wat moet je daar mee? (...) Het zou me niet verbazen dat die rationalisering gedeeltelijk een gevolg is van het feit dat er tegenwoordig zoveel kan en dat het enorm veel geld kost."*

7 De toekomstige rol van taakonzekerheid: de invloed van DBC's

Subjectieve elementen die de mate van taakonzekerheid beïnvloeden, komen met name ook bij het definiëren van DBC's om de hoek kijken. De kans op taakonzekerheid van een bepaald zorgproces neemt toe naarmate dat proces breder is gedefinieerd. Als ik een afdelingshoofd vraag of hij bij een bepaalde diagnosegroep een duidelijk beeld heeft van de uit te voeren en aan te vragen diagnostische activiteiten, onderbreekt hij me: *"Dat hangt er vanaf hoe nauwgezet je die diagnosegroepen omschrijft. (...) Als je een diagnosegroep omschrijft als hersenletsel, dan heb je daar een enorm spectrum binnen."* Dat kan namelijk

variëren van een lichte hersenschudding tot zwaar schedel/hersenletsel. Zoals ook blijkt bij de operationalisatie van de DBC-systematiek is niet alleen de aard van de zorg bepalend voor het aantal producten/productiefuncties, maar ook de subjectieve zienswijze van medisch specialisten binnen de beroepsgroepen. De kern van de discussie is waar de grenzen van medische homogeniteit liggen bij het clusteren van zorg in DBC's: wanneer zijn van zorginhoudelijk oogpunt bepaalde 'zorgproducten' aan elkaar gelijk? Om DBC's voor medisch specialisten acceptabel te maken als zorgproducten moet die identificatie tot medisch herkenbare homogene, dus unieke zorgproducten leiden. Er sluipt zo een subjectief element binnen dat het aantal productiefuncties bepaalt. Naarmate het aantal soorten DBC's toeneemt, is elk type DBC op zichzelf minder taakonzeker (dimensie analyseerbaarheid). Groei van het aantal soorten DBC's maakt wel weer dat het specialisme in totaliteit meer taakonzeker wordt (dimensie aantal uitzonderingen: het aantal activiteiten neemt toe). Het aantal externe budgetparameters, tot uitdrukking komend in de soorten DBC's, zal sterk kunnen toenemen. Weliswaar is met behulp van automatisering veel informatie te genereren, het vergt veel inspanning van diverse medewerkers over de betekenis van die informatie te communiceren. Is het aantal DBC's al een bron van zorg, met het toepassen van meerdere interne vergoedingen (integrale kostprijzen als basis voor de normale en variabele voor de extra productie) nemen die zorgen alleen maar toe. Indien divisies en afdelingen veel verschillende soorten DBC's kennen, zou dat er toe kunnen leiden dat het toegepaste interne budgetteringssysteem om redenen van organisatorische aard minder verfijnd is dan bij organisatieonderdelen waar minder soorten DBC's op van toepassing zijn.

Verder is in de vorige paragraaf gewezen op het omgekeerde verband, namelijk dat het budgetteringssysteem de mate van taakonzekerheid beïnvloedt. Een dergelijke relatie, i.c. dat DBC's de mate van taakonzekerheid in de toekomst mogelijk zullen verkleinen, valt zeker niet uit te sluiten als de invloed van marktwerking en de strakkere regie van de zorgverzekeraar medisch specialisten dwingen strakker volgens protocollen te werken. Het volgende signaal van de zorgverzekeraars (NRC, 2006) lijkt dit beeld te bevestigen: *"Dokters moeten zich aan de richtlijnen houden. Nu bestaan er te veel verschillen tussen artsen. Als dat verschil wordt aangepakt, is er een forse besparing te boeken."* In datzelfde artikel valt emeritus-hoogleraar Post deze zienswijze bij onder verwijzing naar studies van de Erasmus Universiteit van Rotterdam.

8 Conclusies

Het antwoord op onze onderzoeksvraag welke invloed technologie heeft op de toepassing van externe budgetparameters in de interne budgettering van UMC's kan kort en bondig zijn: geen enkele. Niet taakonzekerheid, maar een complex van andere factoren blijkt doorslaggevend te zijn bij de verklaring van verschillen tussen toegepaste interne budgetteringssystemen. Bestaande veronderstellingen ten aanzien van het concept taakonzekerheid worden door het uitgevoerde onderzoek ter discussie gesteld. Technologische ontwikkelingen en het daaraan gelieerde onderzoek (en onderwijs) blijken tot minder in plaats van meer taakonzekerheid te leiden bij het uitoefenen van nieuwe medisch-specialistische zorg. Bovendien is taakonzekerheid niet alleen afhankelijk van objectieve factoren, maar ook van subjectieve. Een sterke aansturing van de zorgverlening door het afdelingshoofd verlaagt de mate van taakonzekerheid. Beschouwen minder ervaren medisch specialisten protocollen als houvast, gevestigde professionals kunnen ze ook als last ervaren die hun autonomie aantast en waarvan ze af willen wijken. Verder hebben definitiekwesties en het willen geven van inzicht ook een grote invloed op de mate van taakonzekerheid. Het zijn derhalve de technologen zelf (in de zin van medische professionals) die een groot stempel drukken op de mate van taakonzekerheid. Ook, en hiermee samenhangend, is de rol die taakonzekerheid kan spelen mede afhankelijk van de informatievoorziening. De mate van taakonzekerheid en de mate waarin zich dat vertaalt in het expliciet maken van activiteiten en de samenhang ertussen kunnen daardoor van elkaar afwijken. Wordt bovendien in de theorie verondersteld dat taakonzekerheid het budgetteringssysteem beïnvloedt, de causaliteit blijkt ook andersom te kunnen liggen: het budgetteringssysteem blijkt de mate van taakonzekerheid te kunnen beïnvloeden als professionals op financiële gronden worden gedwongen tot meer taakzeker handelen. In het verlengde van deze bevindingen is vervolgonderzoek wenselijk naar de factoren die taakonzekerheid beïnvloeden en de veranderende rol van taakonzekerheid ten gevolge van ontwikkelingen in de informatietechnologie. Gezien de verwachte verbetering van die kwaliteit als gevolg van de invoering van DBC's en de grotere financiële druk op ziekenhuisorganisaties, zal de wisselwerking tussen taakonzekerheid en de interne budgettering zich in de toekomst versterken. De waarschijnlijke uitkomst hiervan is taakzekerder handelen door medische professionals. ■

Literatuur

- Abernethy, M.A. en P. Brownell (1997), Management control systems in research and development organizations: the role of accounting, behavior and personnel controls, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 22, pp. 233-248.
- Chenhall, R.H. (2003), Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 28, pp.127-168.
- Crom, B. (2005), *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen - Verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten*, Labyrint Publication, Ridderkerk (proefschrift; <http://irs.ub.rug.nl/ppn/281932190>).
- CTG (2004), CTG/ZAio stelt nieuwe tariefssystematiek vast voor ziekenhuiszorg, nieuwsbericht d.d. 30 september 2004.
- Groot, T.L.C.M. en G.J. van Helden (2003), *Financieel management van non-profit organisaties*, 4e druk, Stenfert Kroese, Groningen.
- Hofstede, G.H. (1981), Management control of public and not-for-profit activities, *Accounting, Organizations and Society*, vol.6, no. 3, pp.193-211.
- KPMG (2004), *Tweede audit productstructuur en kostprijzen*, KPMG-Zeondheidszorg, september 2004.
- NRC (2006), Zorg goedkoper als arts beter werkt, *NRC Handelsblad*, 4 en 5 november 2006, p.3.
- Otley, D.T. (1980), The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 5, pp. 413-428.
- Otley, D.T. (1995), Management control, organizational design and accounting information systems, in: D. Ashton, T. Hopper en R.W. Scapens (eds.), *Issues in Management Accounting*, Prentice Hall, pp. 45-63.
- Perrow, C. (1970), *Organizational analysis: a sociological view*, Tavistock Publications, New York.
- Scapens, R.W. (1990), Researching management accounting practice; the role of case study methods., *British Accounting Review*, vol. 22, no. 3, pp. 259-281.
- Yin, R.K. (2003), *Case study research - design and methods*, Sage Publications Inc., Thousand Oaks, California.

Noten

- 1 Na fusie met de faculteiten Medische Wetenschappen of Geneeskunde worden academische ziekenhuizen aangeduid als universitaire medische centra.
- 2 De tarieven voor opnamen en 1^e polikliniekbezoeken worden vermenigvuldigd met een wegingsfactor per specialisme. Met die wegingsfactor wordt getracht tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen specialismen. Aangezien de hoogte van die wegingsfactor sterk uiteenloopt per specialisme (voor oogheelkunde is die 0,18, voor orthopedie 1,45) leidt dat tot grote verschillen in vergoedingen voor opnamen en 1^e polikliniekbezoeken.
- 3 Strikt gesproken zouden opnamen, verpleegdagen, dagverplegingen en 1^e polikliniekbezoeken eerder als activiteiten dan als output moeten worden aangeduid. Aangezien echter productieafspraken tussen het UMC en de zorgverzekeraar aan de hand van deze grootheden plaatsvinden, zal ik ze beschouwen als outputs.
- 4 Deze conclusie is mede gebaseerd op diverse andere bevindingen. Gezien de focus van dit artikel en het feit dat taakonzekerheid zelf in het ziekenhuis van de gevalstudie geen rol speelt bij het bepalen van systemen van interne budgettering, wordt voor de score van de diverse specialismen op de mate van taakonzekerheid verwezen naar Crom (2005), hoofdstukken 8.2. en 9.2. Voor een uitvoerige methodologische verantwoording van de wijze van meting van taakonzekerheid wordt eveneens verwezen naar Crom (2005), bijlage II Operationalisatie van concepten, onderdeel 2, Taakonzekerheid.